

El papel de los factores precipitantes, los estresores y la violencia en la conducta e ideación suicida: diferencias en función del motivo de consulta y el sexo

The role of precipitants, stressors and violence in suicidal ideation and behaviour: differences by reason for consultation and sex

Laura Broco Villahoz¹, M^a Teresa Rosique Sanz^{2,3}, Cristina Fernández Carpio², Carmen Aldara Carrajo García⁴, Rebecca Domínguez Alhambra⁵ y Cristina Polo Usaola²

¹Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Hospital Universitario Santa Cristina, Madrid, España

²Centro de Salud Mental de Hortaleza, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

³Facultad de Psicología, Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA), España

⁴Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

⁵Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Resumen: Se analizan los estresores y factores precipitantes de la conducta e ideación suicida atendiendo a las diferencias en función del motivo de consulta y el sexo, así como el papel de la violencia. Se trata de un estudio longitudinal retrospectivo con una muestra de 142 participantes atendidos por ideación o conducta suicida. Los precipitantes más frecuentes fueron los problemas de pareja y familiares destacando la presencia de discusiones. Otros estresores relevantes fueron los laborales, de salud y, en menor medida, económicos y de

Laura Broco Villahoz es Psicóloga Clínica en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario Santa Cristina, Madrid, España.

María Teresa Rosique Sanz es Psicóloga Clínica en el Centro de Salud Mental de Hortaleza del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España y Profesora de la Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA), España.

Cristina Fernández Carpio es Trabajadora Social en el Centro de Salud Mental de Hortaleza del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

Carmen Aldara Carrajo García es Psiquiatra en el Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.

Rebecca Domínguez Alhambra es Residente de Psiquiatría en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

Cristina Polo Usaola es Psiquiatra y Jefa del Servicio de Salud Mental del distrito de Hortaleza, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

Para citar este artículo: Broco Villahoz, L., Rosique Sanz, M^a T., Cristina Fernández Carpio, Aldara Carrajo García, C., Domínguez Alhambra, C. y Polo Usaola, C. (2023). El papel de los factores precipitantes, los estresores y la violencia en la conducta e ideación suicida: diferencias en función del motivo de consulta y el sexo. *Clínica Contemporánea*, 14(1), Artículo e3. <https://doi.org/10.5093/cc2023a3>

La correspondencia sobre este artículo deberá ser enviada a Laura Broco Villahoz. E-mail: laura.broco@salud.madrid.org



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

vivienda. Los estresores de pareja y familiares fueron significativamente más frecuentes en las personas con conducta suicida y la conducta suicida fue significativamente más frecuente en mujeres. Aunque la presencia o ausencia de violencia no figuraba en muchos informes, constaba violencia de género en un 18.2% de las mujeres. Los resultados enfatizan la importancia de la violencia y los estresores interpersonales en la ideación y conducta suicida. *Palabras clave:* suicidio, intento autolítico, ideación autolítica, precipitantes, estresores, violencia

Abstract: This study aims to analyse the stressors and precipitants related to suicidal ideation and behaviour with a focus on differences by reason for consultation and sex and to explore the role of violence as an associated factor. This was a retrospective longitudinal study with a sample of 142 patients presenting suicidal ideation or behaviour. The most frequent precipitating factors were relationship and family problems, arguments being the most frequent event. Other important stressors were those related to work, health and, to a lesser extent, housing and economic situation. Participants who presented suicidal behaviour were more likely to report relationship and family stressors, and suicidal behaviour was more frequent in women. Although violence was not registered in many reports, 18.2% of women were identified as victims of gender violence. Results show the importance of violence and interpersonal stressors in the development of suicidal behaviour and ideation.

Keywords: suicide, autolytic attempt, autolytic ideation, precipitants, stressors, violence

El suicidio supone un importante problema de Salud Pública siendo la primera causa de defunción por causas no naturales en España (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2021) y la principal causa específica de mortalidad en el ámbito de Salud Mental (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2011). Según los últimos datos desglosados disponibles del Instituto Nacional de Estadística, en 2018 se suicidaron en España 3.539 personas, 2.619 hombres y 920 mujeres (INE, 2018), cifra que asciende a 800.000 fallecimientos anuales si nos referimos a la población mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019b). Además de la elevada mortalidad, es relevante tener en cuenta las tentativas de suicidio, que superan en número a los suicidios consumados estimándose una ratio de treinta intentos autolíticos fallidos por cada suicidio consumado, llegando a alcanzar una cifra hasta 100-200 veces mayor que la de suicidios consumados en población norteamericana de entre 15 y 24 años (Bachmann, 2018).

Mientras que los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres (Freeman et al., 2017; Scocco et al., 2008), la tasa de suicidios consumados en países con rentas altas es hasta tres veces mayor en hombres (OMS, 2014). Así, en nuestro país las mujeres presentan hasta 3-4 veces más conducta suicida no letal que los hombres, mientras que la diferencia de suicidios consumados incrementa con la edad, llegando a alcanzar una tasa 8-12 veces mayor en hombres a los 75 años (Navío y Villoria, 2014). Estas diferencias se han atribuido a múltiples factores asociados al género entre los que se incluyen variables clínicas, psicosociales y culturales (Freeman et al., 2017; Schrijvers et al., 2012).

Dada la magnitud del problema, tanto en el Plan de Acción de Salud Mental adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) como en el primer informe de esta organización sobre el suicidio (OMS, 2014), se reconoce la prevención del suicidio como un asunto de alta prioridad en la agenda mundial de salud pública, constituyendo también una de las líneas estratégicas prioritarias del Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid para 2018-2020 (Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, 2018). Una de las iniciativas que se enmarca en este contexto es el programa de Atención al Riesgo Suicida (ARSUIC) de la Comunidad de Madrid, que pretende asegurar una continuidad asistencial prioritaria, de calidad y especializada a aquellos pacientes que acuden a Urgencias por ideación o conducta suicida, poniendo a su disposición una cita con un profesional de Salud Mental en un plazo menor a una semana.

En la undécima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-11) se define el intento de suicidio como un episodio específico de conducta autodestructiva emprendida con la intención consciente de poner fin a la propia vida (OMS, 2019a). Esta definición no incluye el comportamiento autolítico sin intencionalidad suicida, lo que en la práctica puede resultar problemático dado que la presencia o ausencia de intencionalidad suicida no siempre resulta fácil de determinar y, además, comportamientos autolesivos inicialmente no suicidas pueden resultar en muerte (OMS, 2014). En esta línea, se ha subrayado la importancia de detectar estos comportamientos ya que, independientemente de la intencionalidad, un intento de suicidio previo es el factor de riesgo más importante para el suicidio consumado en la población general (Oficina Regional, 2018; OMS, 2014). Reconociendo la complejidad del asunto y el debate académico en torno al mismo, se ha optado por utilizar en este artículo la definición de intento de suicidio empleada en el informe de la OMS (2014) para la prevención del suicidio que incluye cualquier comportamiento suicida no mortal o daño autoinfligido que la persona realiza con o sin intención de morir. Por otro lado, se emplea la definición de la CIE-11 de la ideación suicida, entendida como aquellos pensamientos, ideas o reflexiones en torno a la posibilidad de poner fin a la propia vida (OMS, 2019a).

En general, la conducta suicida se considera un fenómeno multicausal independiente de otros problemas psicopatológicos y existe cierta unanimidad al conceptualizarla como el producto de la interacción entre factores de vulnerabilidad y factores de estrés o precipitantes (Ayuso et al., 2010). Uno de los modelos de diátesis-estrés más relevantes es el formulado por Mann (1999), que identifica factores de vulnerabilidad como el sexo, los componentes genéticos y familiares o las características de personalidad, y factores precipitantes o estresores entre los que destaca el inicio o agravamiento de un trastorno mental, la intoxicación aguda por sustancias, la imitación de conductas de suicidio o la aparición de crisis personales, familiares, financieras o sociales, entre otros (Mann, 2002). Estudios más recientes aportan evidencia compatible con los modelos de diátesis-estrés, encontrando que las personas con intentos autolíticos presentan más eventos adversos tanto en la infancia y adolescencia como en los seis meses previos al intento (Pompili et al., 2011) y que las mujeres que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia o han presenciado violencia de género contra sus madres en la niñez presentan un mayor riesgo de suicidio (Devries et al., 2011).

Asimismo, la relación entre el suicidio y los trastornos mentales, especialmente la depresión y el consumo de alcohol, ha sido ampliamente documentada (Goni-Sarriés et al., 2019; Hernández y Villareal, 2015; OMS, 2019b). Un estudio realizado en la Comunidad de Madrid destaca la frecuencia de los trastornos del estado de ánimo y adaptativos en población atendida tras un intento de suicidio, subrayando a su vez la ausencia de psicopatología en un 13.9% de la muestra (Ayuso et al., 2010).

Centrándonos en la relevancia de los factores precipitantes, revisiones sistemáticas han encontrado evidencia consistente de que los eventos vitales negativos se asocian con la ideación y el comportamiento suicida, especialmente en sus formas más severas (Athey et al., 2018; Liu y Miller, 2014). Sin embargo, muchos estudios evalúan los eventos vitales estresantes como un constructo general, dificultando la discriminación de los tipos de eventos vitales más asociados con la conducta suicida (Liu y Miller, 2014).

Varias investigaciones han encontrado asociaciones entre los eventos interpersonales estresantes y el riesgo de ideación y comportamiento suicida. Entre los estresores interpersonales estudiados destacan la presencia de conflictos familiares (Jeon et al., 2010), eventos familiares negativos (Husky et al., 2017), fallecimiento de personas significativas (Pompili et al., 2011), soledad (Husky et al., 2017), problemas o separación de la pareja, así como mantener una relación íntima de baja calidad (Kazan et al., 2016; Pompili et al., 2011) y ser víctima de violencia (Pompili et al., 2011). En el caso concreto de las mujeres, la violencia de género se ha asociado a un mayor riesgo de suicidio (Devries et al., 2011), así como la violencia sexual mediada por el estrés internalizado relativo a la identidad de género en el caso de personas trans (Cogan et al., 2020).

Por otro lado, los estresores psicosociales relacionados con el trabajo se han asociado con la conducta suicida (Pompili et al., 2011). En concreto, el bajo control, la sobrecarga y la inseguridad laboral se han asociado con el riesgo suicida en hombres (Milner et al., 2017); del mismo modo, el estrés relacionado con cuestiones económicas como deudas, desempleo, pérdida del hogar o salarios bajos se ha relacionado con los intentos de suicidio en personas adultas (Elbogen et al., 2020; Pompili et al., 2011). Finalmente, los problemas de salud física (Chen y Roberts, 2019; Choi et al., 2019), la pérdida de autonomía, los cambios de residencia no volun-

tarios o los problemas legales (Pompili et al., 2011) también se han identificado como variables relevantes para la aparición de ideación y conducta suicida.

En un estudio reciente se ha investigado la variación de los factores precipitantes del suicidio en función de las características demográficas (Chen y Roberts, 2019), encontrando que los hombres presentaban más factores precipitantes que las mujeres, siendo especialmente relevantes aquellos relacionados con problemas legales, laborales o financieros. Con relación a la edad, hallaron que las personas más jóvenes manifestaban precipitantes relacionados con problemas de pareja, mientras que los presentados por personas de mediana edad se asociaban con la pérdida del hogar y problemas económicos y laborales, destacando los estresores relacionados con la salud en las personas de mayor edad (Chen y Roberts, 2019). Otros factores que se han identificado como relevantes en personas mayores han sido el aislamiento o pérdida social y la pérdida de independencia (Hawton y Harriss, 2006; Haw y Hawton, 2008). En el caso de adolescentes, también se ha destacado la relevancia de los precipitantes interpersonales, las grandes pérdidas y los estresores relacionados con el rechazo (Cheek et al., 2020; Daniel et al., 2017; Mackin et al., 2017).

Por último, los artículos realizados relativos a la situación de pandemia mundial por COVID-19, expresan preocupación por el posible incremento de suicidios por la situación de crisis económica y de desempleo (Ettman et al., 2020; Kawohl y Nordt, 2020) así como por el estrés asociado a sentirse una carga para otras personas (Crasta et al., 2020). En nuestro país, parece que los comportamientos e ideación suicida fueron elevados entre el personal sanitario durante la primera ola por COVID-19, lo cual los autores relacionan con la falta de preparación de los hospitales, el estrés económico y una posible salud mental adversa previa (MINDCOVID, 2021). Según un metaanálisis realizado por Pirkis et al. (2021) la ideación y la conducta suicida incrementaron durante la pandemia por COVID-19. La ideación suicida aumentó especialmente entre las personas jóvenes, las mujeres y las personas de países democráticos. Dado el agravamiento de la situación, los autores concluyen que deben implementarse de forma urgente políticas de prevención del suicidio (Pirkis et al., 2021).

El presente trabajo pretende identificar los factores precipitantes relacionados con la conducta e ideación autolítica en personas adultas derivadas vía ARSUIC desde la Urgencia del Hospital Ramón y Cajal al Centro de Salud Mental de Hortaleza entre diciembre de 2012 y agosto de 2018 y septiembre de 2019 y enero de 2021. Como objetivos más específicos nos planteamos analizar si existen diferencias en los factores precipitantes de la ideación y de la conducta suicida, así como las posibles diferencias en función del sexo. Además, dada la relevancia de la violencia como factor predisponente y precipitante, estudiaremos la existencia de violencia de género e intrafamiliar en las personas con alto riesgo suicida. Con el fin de describir brevemente el contexto psicopatológico en el que aparecen los citados fenómenos, se proporcionarán también los datos diagnósticos de la muestra y los estresores identificados en función de los mismos.

Método

Participantes

La muestra se compone de 142 participantes que fueron derivados al Centro de Salud Mental de Hortaleza a través del programa ARSUIC tras ser atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal por ideación o conducta suicida. Se incluyen únicamente aquellos pacientes que acudieron al menos a la primera entrevista de evaluación ARSUIC en el Centro de Salud Mental y no se encontraban en seguimiento el año previo al intento. Se trata de 43 hombres y 99 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 89 años ($M = 42.4$, $DT = 16.1$), de los cuales 35 consultaron por ideación y 107 por conducta suicida. En los análisis aplicados tras realizar un apareamiento por sexo, la muestra queda compuesta por un total de 86 participantes, 43 hombres y 43 mujeres, con edades comprendidas entre los 20 y los 89 años ($M = 44.3$, $DT = 14.8$) de los cuales 27 presentaban ideación y 59 conducta suicida.

Instrumentos

Tras la revisión bibliográfica de los desencadenantes más frecuentes, se elaboró un cuadernillo de recogida de datos de respuesta abierta en el que se anotaron los precipitantes relacionados con las siguientes categorías: pareja, otros familiares (excluyendo la pareja), otro interpersonal (amistades, vecinos, compañeros de trabajo), laboral (incluye estudios, jubilación, desempleo), económicos o de vivienda (situación financiera, cambio de residencia, desahucio), otras situaciones vitales (juego, embarazo, nacimiento de un hijo, migraciones, emancipación de los hijos, problemas judiciales), salud (física o mental, propia o de familiares y allegados) y otros precipitantes no recogidos en las categorías anteriores. En base a las respuestas obtenidas se realizaron subcategorías exhaustivas y excluyentes en las que se codificó la información. También se realizó a través de un cuestionario creado *ad hoc* de respuesta cerrada dicotómica o múltiple y excluyente con las siguientes variables: motivo de consulta (conducta o ideación), violencia de género (definida como la violencia ejercida contra las mujeres por parte de hombres que sean sus parejas o exparejas) y violencia intrafamiliar. Respecto a la información clínica, se anotó el diagnóstico establecido por el psiquiatra de urgencias en el informe de alta siguiendo las categorías recogidas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; APA, 2014). A estas se añaden las categorías “ausencia de psicopatología”, “trastorno mixto ansioso-depresivo” y “rasgos desadaptativos de la personalidad” dada su frecuencia de aparición en los citados informes.

Diseño

El diseño empleado en esta investigación fue longitudinal retrospectivo.

Procedimiento

Tras la aprobación por el Comité de Bioética del Hospital Universitario Ramón y Cajal, se seleccionaron los informes de alta del Servicio de Urgencias del Hospital correspondientes a los pacientes derivados a través del programa ARSUIC al Centro de Salud Mental de Hortaleza y se procedió a la recogida de información empleando el citado cuadernillo de recogida de datos. Antes de comenzar la recogida de datos, todas las autoras mantuvieron una formación previa impartida por la investigadora principal para la unificación de criterios en la recogida de datos y conocimiento del protocolo de recogida. La cumplimentación de las respuestas la realizaron las autoras de la investigación sin haber mantenido contacto directo con los pacientes, basándose exclusivamente en los datos contenidos en los informes de alta expedidos en el Servicio de Urgencias por los profesionales del servicio de psiquiatría del hospital. Para el análisis de datos se empleó el programa SPSS 26.0.; se realizaron tablas de frecuencia en función del motivo de consulta, el sexo y el diagnóstico. Se hicieron comparaciones estadísticas de las diferencias en las medias para los distintos niveles de las variables sexo y motivo de consulta, empleando el estadístico Chi Cuadrado (χ^2) de Pearson al tratarse de contrastes de variables categóricas. Posteriormente, dada la relevancia de las diferencias en función del sexo para este estudio, se realizó un apareamiento por sexo tras el que se repitió el análisis estadístico comentado previamente con el fin de reducir los sesgos asociados a la diferencia de proporciones de sujetos en esta variable.

Resultados

Como se puede observar en la Tabla 1, los estresores más frecuentemente referidos por los participantes son aquellos relacionados con la pareja (51.4%), seguidos de los familiares (50.7%), laborales (31.7%), relacionados con la salud (26.1%) y relacionados con la vivienda y la situación económica (17.6%), ocupando el último lugar los estresores asociados a otras relaciones interpersonales (9.2%) y a situaciones vitales variadas (9.2%). De entre los estresores relacionados con la pareja, las discusiones (29.6%) y la separación o ruptura (14.1%)

son los eventos más frecuentemente encontrados. De la misma manera, el estresor familiar más frecuente son las discusiones (23.2%), seguido de lejos por los fallecimientos (7.7%). De entre los estresores laborales destaca el desempleo (9.2%) y respecto a los estresores relacionados con la salud destaca la enfermedad física propia (9.9%) seguido por la enfermedad física de un familiar (9.2%). Por último, el estresor asociado a otras relaciones interpersonales más frecuente es de nuevo la presencia de discusiones (4.2%), y de entre las situaciones vitales estresantes variadas identificadas destaca la soledad (2.1%).

Tabla 1. Estresores y factores precipitantes relacionados con la ideación y la conducta autolítica

Variable	Ideación n(%)	Conducta n (%)	Total n (%)	Variable	Ideación n (%)	Conducta n (%)	Total n (%)
Estresores relacionados con la pareja				Estresores de vivienda y económicos			
Sí	12 (34,3)	61 (57)	73 (51,4)	Sí	3 (8,6)	22 (20,6)	25 (17,6)
Discusión	7 (20,0)	35 (32,7)	42 (29,6)	Dificultades económicas	2 (5,7)	12 (11,2)	14 (9,9)
Separación/ruptura	2 (5,7)	18 (16,8)	20 (14,1)	Dificultades económicas que afectan a vivienda	0 (0)	3 (2,8)	3 (2,1)
Exponeja inicia otra relación	1 (2,9)	0 (0)	1 (0,7)	Cambio de residencia	1 (2,9)	2 (1,9)	3 (2,1)
Otros				Desahucio	0 (0)	3 (2,8)	3 (2,1)
Varios de los anteriores	2 (5,7)	5 (4,7)	7 (4,9)	Otros	0 (0)	1 (0,9)	1 (0,7)
	0 (0)	3 (2,8)	3 (2,1)	Varios de los anteriores	0 (0)	1 (0,9)	1 (0,7)
No	23 (65,7)	46 (43)	69 (48,6)	No	32 (91,4)	85 (79,4)	117(82,4)
Estresores familiares				Estresores situaciones vitales			
Sí	12 (34,3)	60 (56,1)	72 (50,7)	Sí	2 (5,7)	11 (10,3)	13 (9,2)
Discusión	6 (17,1)	27 (43,9)	33 (23,2)	Soledad	0 (0)	3 (2,8)	3 (2,1)
Distanciamiento de la relación	2 (5,7)	5 (4,7)	7 (4,9)	Embarazo	0 (0)	2 (1,9)	2 (1,4)
Sobrecarga por cuidado de familiares	3 (8,6)	2 (1,9)	5 (3,5)	Emancipación de los hijos/as	0 (0)	1 (0,9)	1 (0,7)
Fallecimiento				Asuntos relacionados con la migración	1 (2,9)	1 (0,9)	2 (1,4)
Aniversario de fallecimiento	0 (0)	11 (10,3)	11 (7,7)	Juego patológico	1 (2,9)	0 (0)	1 (0,7)
Otros	0 (0)	3 (2,8)	3 (2,1)	Otros	0 (0)	4 (3,7)	4 (2,8)
Varios de los anteriores	0 (0)	5 (4,7)	5 (3,5)				
	1 (2,9)	7 (6,5)	8 (5,6)				
No	23 (65,7)	47 (43,9)	70 (49,3)	No	33 (94,3)	96 (89,7)	129(90,8)
Otros interpersonales				Estresores salud			
Sí	5 (14,3)	8 (7,5)	13 (9,2)	Sí	8 (22,9)	29 (27,1)	37 (26,1)
Discusión	1 (2,9)	5 (4,7)	6 (4,2)	Enfermedad física propia	6 (17,1)	8 (7,5)	14 (9,9)
Distanciamiento de la relación	2 (5,7)	0 (0)	2 (1,4)	Enfermedad física de familiar	1 (2,9)	12 (11,2)	13 (9,2)
Fallecimiento				Trastorno mental propio	0 (0)	3 (2,8)	3 (2,1)
Otros	1 (2,9)	1 (0,9)	2 (1,4)	Trastorno mental de familiar	0 (0)	2 (1,9)	2 (1,4)
	1 (2,9)	2 (1,9)	3 (2,1)	Varios de los anteriores	1 (2,9)	1 (0,9)	2 (1,4)
				No consta	0 (0)	3 (2,8)	3 (2,1)
No	30 (85,7)	99 (92,5)	129(90,8)	No	27 (77,1)	78 (72,9)	105(73,9)

Tabla 1. Estresores y factores precipitantes relacionados con la ideación y la conducta autolítica (Continuación)

Variable	Ideación n(%)	Conducta n (%)	Total n (%)	Variable	Ideación n (%)	Conducta n (%)	Total n (%)
Estresores laborales				Relación de los estresores con el estado clínico actual			
Sí	14 (40,0)	31 (29,0)	45 (31,7)	No relacionado	2 (5,7)	0 (0)	2 (1,4)
Sobrecarga laboral	2 (5,7)	6 (5,6)	8 (5,6)	Mínimamente relacionado	3 (8,6)	2 (1,9)	5 (3,5)
Cambio de empleo	2 (5,7)	2 (1,9)	4 (2,8)	Moderadamente relacionado	14 (40,0)	25 (23,4)	39 (27,5)
Despido	1 (2,9)	4 (3,7)	5 (3,5)	Marcadamente relacionado	16 (45,7)	80 (74,8)	96 (67,6)
Desempleo	4 (11,4)	9 (8,4)	13 (9,2)				
Problemas académicos	4 (11,4)	0 (0)	4 (2,8)				
Otros	1 (2,9)	8 (7,5)	9 (6,3)				
Varios de los anteriores	0 (0)	2 (1,8)	2 (1,4)				
No	21 (60,0)	76 (71,0)	97 (68,3)				

En la Tabla 1 se muestran también los estresores y factores precipitantes relacionados con la ideación y conducta autolítica por separado. En el análisis de las diferencias entre las personas que consultaban por ideación y las que consultaban por conducta autolítica, la prueba Chi cuadrado de Pearson puso de manifiesto que existían diferencias significativas en la presencia de estresores relacionados con la pareja ($\chi^2(1) = 5.45, p = 0.02$) y con la familia ($\chi^2(1) = 5.01, p = 0.03$), siendo ambos más frecuentes en las personas que manifestaron conducta suicida. No aparecieron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de estresores laborales ($\chi^2(1) = 1.48, p = 0.22$), económicos y relacionados con la vivienda ($\chi^2(1) = 2.61, p = 0.11$) y relacionados con la salud ($\chi^2(1) = 0.25, p = 0.62$). La prueba Chi cuadrado de Pearson no fue válida para la presencia de estresores interpersonales ($\chi^2(1) = 1.47, p = 0.23$), relativos a situaciones vitales ($\chi^2(1) = 0.66, p = 0.42$) y relación con el estado clínico actual ($\chi^2(3) = 15.43, p = 0.01$) debido al pequeño tamaño de la muestra en estas categorías.

En la Tabla 2 se recogen el motivo de consulta, la presencia de violencia y los estresores y precipitantes relacionados con el sexo. Como se puede observar, en la mayoría de los informes no consta la existencia o ausencia de violencia de género o intrafamiliar. Pese a esto, un 18.2% de las mujeres atendidas se identificaron como víctimas de violencia de género y un 7.1% de las mujeres y un 7% de los hombres como víctimas de violencia intrafamiliar.

Tabla 2. Violencia, estresores y factores precipitantes en función del sexo

Variable	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Variable	Mujeres n (%)	Hombres n (%)
Motivo de consulta					
Ideación suicida	15 (15,2)	20 (46,5)			
Conducta suicida	84 (84,8)	23 (53,5)			
Violencia de género			Violencia intrafamiliar		
Sí	18 (18,2)	NP	Sí	7 (7,1)	3 (7,0)
No	13 (13,1)	NP	No	18 (18,2)	7 (16,3)
No consta	60 (60,6)	NP	No consta	70 (70,7)	33 (76,7)

Tabla 2. *Violencia, estresores y factores precipitantes en función del sexo (Continuación)*

Variable	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Variable	Mujeres n (%)	Hombres n (%)
Estresores relacionados con la pareja			Estresores de vivienda y económicos		
Sí	55 (55,6)	18 (41,9)	Sí	18 (18,2)	7 (16,3)
Discusión	30 (30,3)	12 (27,9)	Dificultades económicas	11 (11,1)	3 (7,0)
Separación/ruptura	14 (14,1)	6 (14,0)	Dificultades económicas que afectan a la vivienda	2 (2,0)	1 (2,3)
Expareja inicia otra relación	1 (1,0)	0 (0)	Cambio de residencia	1 (1,0)	2 (4,7)
Otros	7 (7,1)	0 (0)	Desahucio	2 (2,0)	1 (2,3)
Varios de los anteriores	3 (3,0)	0 (0)	Otros	1 (1,0)	0 (0)
No	44 (44,4)	25 (58,1)	Varios de los anteriores	1 (1,0)	0 (0)
Estresores familiares			No	81 (81,8)	36 (83,7)
Sí	51 (51,5)	21 (48,8)	Estresores situaciones vitales		
Discusión	26 (26,3)	7 (16,3)	Sí	10 (10,1)	3 (7,0)
Distanciamiento de la relación	4 (4,0)	3 (7,0)	Soledad	2 (2,0)	1 (2,3)
Sobrecarga por cuidado de familiares	3 (3,0)	2 (4,7)	Embarazo	2 (2,0)	0 (0,0)
Fallecimiento	6 (6,1)	5 (11,6)	Emancipación de los hijos/as	1 (1,0)	0 (0,0)
Aniversario de fallecimiento	1 (1,0)	2 (4,7)	Asuntos relacionados con la migración	2 (2,0)	0 (0,0)
Otros	4 (4,0)	1 (2,3)	Juego patológico	0 (0,0)	1 (2,3)
Varios de los anteriores	7 (7,1)	1 (2,3)	Otros	3 (3,0)	1 (2,3)
No	48 (48,5)	22 (51,2)	No	89 (89,9)	40 (93,0)
Otros estresores interpersonales			Estresores salud		
Sí	10 (10,1)	3 (7,0)	Sí	24 (24,2)	13 (30,2)
Discusión	6 (6,1)	0 (0)	Enfermedad física propia	8 (8,1)	6 (14,0)
Distanciamiento de la relación	1 (1,0)	1 (2,3)	Enfermedad física de familiar	9 (9,1)	4 (9,3)
Fallecimiento	0 (0)	2 (4,7)	Trastorno mental propio	1 (1,0)	2 (4,7)
Otros	3 (3,0)	0 (0)	Trastorno mental de familiar	2 (2,0)	0 (0,0)
No	89 (89,9)	40 (93,0)	Varios de los anteriores	2 (2,0)	0 (0,0)
Estresores laborales			No consta	2 (2,0)	1 (2,3)
Sí	29 (29,3)	16 (37,2)	No	75 (75,8)	30 (69,8)
Sobrecarga laboral	5 (5,1)	3 (7,0)	Relación de los estresores con el estado clínico actual		
Cambio de empleo	3 (3,0)	1 (2,3)	No relacionado	1 (1,0)	1 (2,3)
Despido	3 (3,0)	2 (4,7)	Mínimamente relacionado	2 (2,0)	3 (7,0)
Desempleo	8 (8,1)	5 (11,6)	Moderadamente relacionado	27 (27,3)	12 (27,9)
Problemas académicos	2 (2,0)	2 (4,7)	Marcadamente relacionado	69 (69,7)	27 (62,8)
Otros	8 (8,1)	1 (2,3)	No		
Varios de los anteriores	0 (0)	2 (4,7)			
No	70 (70,7)	27 (62,8)			

Respecto a las diferencias en función del sexo, la prueba Chi cuadrado de Pearson puso de manifiesto que la única diferencia significativa entre hombres y mujeres era el motivo de consulta ($\chi^2(1) = 15.87, p = 0.00$), siendo mucho mayor el porcentaje de mujeres que presentaban conducta suicida (84.8%) respecto a los hombres (15.2%). No aparecieron diferencias estadísticamente significativas en los estresores relacionados con la pareja ($\chi^2(1) = 2.25, p = 0.13$), la familia ($\chi^2(1) = 0.86, p = 0.77$), el trabajo ($\chi^2(1) = 0.87, p = 0.35$), la vivienda ($\chi^2(1) = 0.75, p = 0.78$) o la salud ($\chi^2(1) = 0.56, p = 0.46$). La prueba Chi cuadrado de Pearson no fue válida para la presencia de estresores interpersonales ($\chi^2(1) = 3.52, p = 0.55$), relativos a situaciones vitales ($\chi^2(1) = 0.35, p = 0.55$), presencia de violencia intrafamiliar ($\chi^2(3) = 1.95, p = 0.58$) y relación con el estado clínico actual ($\chi^2(3) = 2.68, p = 0.44$) debido al pequeño tamaño de la muestra para estas categorías.

En el análisis de las diferencias por sexo realizando un apareamiento en esta variable, se encontró de nuevo que la única diferencia significativa entre hombres y mujeres fue el motivo de consulta ($\chi^2(1) = 9.12, p = 0.03$). Por el contrario, al igual que en los resultados previamente presentados, no aparecieron diferencias estadísticamente significativas en los estresores relacionados con la pareja ($\chi^2(1) = 0.47, p = 0.83$), familia ($\chi^2(1) = 0.19, p = 0.67$), trabajo ($\chi^2(1) = 1.99, p = 0.16$), vivienda ($\chi^2(1) = 1.69, p = 0.19$) o salud ($\chi^2(1) = 0.06, p = 0.81$). No se pudo emplear la prueba Chi cuadrado de Pearson para estudiar la presencia de estresores interpersonales ($\chi^2(1) = 0.00, p = 1.00$), relativos a situaciones vitales ($\chi^2(1) = 0.16, p = 0.69$), presencia de violencia intrafamiliar ($\chi^2(2) = 0.83, p = 0.66$) y relación con el estado clínico actual ($\chi^2(3) = 0.32, p = 0.96$) debido al pequeño tamaño de la muestra resultante para estas categorías.

Por último, en la Tabla 3 se recogen los datos diagnósticos de la muestra, así como los estresores identificados en función de los mismos. Como se puede observar, el diagnóstico más frecuente fue el de trastorno mixto ansioso-depresivo (25.4%), seguido de los trastornos depresivos (14.1%) y adaptativos (12.7%). Un 9.2% de los participantes no presentó ningún tipo de psicopatología. Respecto a los precipitantes identificados por las personas con los diagnósticos más prevalentes se observa una elevada frecuencia de estresores de pareja y familiares tanto en el caso del trastorno mixto ansioso-depresivo como en el de los trastornos adaptativos. En los trastornos depresivos destaca también la presencia de estresores familiares,

Tabla 3. Datos diagnósticos y estresores y factores precipitantes identificados en función de estos.

Variables	De pareja n (%)	Familiares n (%)	Otros int. n (%)	Laborales n (%)	Viv. y ec. n (%)	Sit. vital. n (%)	Salud n (%)	Total dx n (%)
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,7)	1 (0,7)
Trastorno bipolar y relacionados	2 (2,7)	1 (1,4)	2 (15,4)	3 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,1)
Trastornos depresivos	6 (8,2)	14 (19,4)	1 (7,7)	6 (13,3)	4 (16,0)	2 (15,4)	7 (18,9)	20 (14,1)
Trastornos de ansiedad	5 (6,8)	4 (5,6)	2 (15,4)	3 (6,7)	1 (4,0)	0 (0,0)	3 (8,1)	10 (7,0)
Trastorno mixto ansioso-depresivo	21 (28,8)	20 (27,8)	0 (0,0)	9 (20,0)	6 (24,0)	3 (23,1)	10 (27,0)	36 (25,4)
Trastornos adaptativos	11 (15,1)	8 (11,1)	2 (15,4)	6 (13,3)	3 (12,0)	2 (15,4)	5 (13,5)	18 (12,7)
Trastornos del sueño-vigilia	2 (2,7)	1 (1,4)	1 (7,7)	0 (0,0)	1 (4,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,1)
Trastorno del control de impulsos no especificado	1 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,0)	1 (7,7)	0 (0,0)	1 (0,7)
Trastornos por consumo de sustancias	4 (5,5)	3 (4,2)	2 (15,4)	4 (8,9)	0 (0,0)	1 (7,7)	3 (8,1)	10 (7,0)

siendo los estresores relacionados con la salud los que ocupan la segunda posición. Los estresores relacionados con la pareja y la familia son también los identificados con mayor frecuencia por aquellas personas sin psicopatología.

Tabla 3. Datos diagnósticos y estresores y factores precipitantes identificados en función de estos. (Continuación)

Variables	De pareja n (%)	Familiares n (%)	Otros int. n (%)	Laborales n (%)	Viv. y ec. n (%)	Sit. vital. n (%)	Salud n (%)	Total dx n (%)
Trastornos de la personalidad	3 (4,1)	4 (5,6)	2 (15,4)	3 (6,7)	3 (12,0)	2 (15,4)	1 (2,7)	9 (6,3)
Rasgos disfuncionales de la personalidad	3 (4,1)	4(5,6)	0 (0,0)	3 (6,7)	1 (4,0)	1 (7,7)	0 (0,0)	6 (4,2)
Trastorno mental no especificado (a filiar)	6 (8,2)	7 (9,7)	1 (7,7)	2 (4,4)	1 (4,0)	0 (0,0)	4 (10,8)	12 (8,5)
Ausencia de psicopatología	9 (12,3)	6 (8,3)	0 (0,0)	6 (13,3)	4 (16,0)	1 (7,7)	3 (8,1)	13 (9,2)

Nota. Otros int.: otros estresores interpersonales, viv. y ec.: estresores de vivienda y económicos, sit. vital.: estresores relativos a situaciones vitales, total dx: total de personas con ese diagnóstico.

Discusión

El principal objetivo del presente trabajo es identificar los estresores y factores precipitantes relacionados con la conducta e ideación suicida. De acuerdo con los resultados encontrados, los factores precipitantes más frecuentes son aquellos relacionados con problemas de pareja y familiares, destacando en ambos casos la presencia de discusiones. Esto coincide con los resultados reflejados en el trabajo de Ayuso et al. (2010), realizado también en la Comunidad de Madrid, según los cuales los problemas o discusiones familiares eran el factor que influía con más frecuencia en el desencadenamiento de la conducta suicida. Los hallazgos también son similares a los de otras investigaciones más recientes que destacan el papel de los problemas familiares (Husky et al., 2017; Jeon et al., 2010) y de pareja (Kazan et al., 2016; Pompili et al., 2011) en la aparición de la ideación y conducta suicida. Cabe destacar que, en nuestra muestra, la presencia de estresores de pareja y familiares fue significativamente superior en aquellas personas con conducta suicida frente a las que presentaron ideación. Parece por tanto que las dificultades interpersonales en las relaciones íntimas suponen un riesgo importante, de manera que su detección y abordaje precoz sería una estrategia interesante de cara a la prevención del suicidio.

Así mismo, los estresores laborales, relacionados con la salud y asociados a la vivienda y la situación económica en este orden también han sido identificados por una parte relevante de la muestra como factores precipitantes, no existiendo diferencias significativas entre las personas con conducta e ideación. Varias investigaciones venían subrayando la relevancia de los estresores laborales (Milner et al., 2017; Pompili et al., 2011), económicos y de vivienda (Elbogen et al., 2020; Pompili et al., 2011) y relacionados con la salud (Chen y Roberts, 2019; Choi et al., 2019), pero es posible que la situación provocada por la pandemia por COVID-19 haya supuesto un incremento de la conducta e ideación suicida relacionada con estas situaciones (Craza et al., 2020; Ettman et al., 2020; Kawohl y Nordt, 2020) por lo que parece necesaria una especial atención a estos aspectos.

Respecto a las diferencias en función del sexo, la única diferencia significativa encontrada fue el motivo de consulta, siendo mucho mayor el porcentaje de mujeres que presentaban conducta suicida. Esto coin-

cide con la mayor prevalencia de intentos de suicidio en mujeres recogida en la literatura (Freeman et al., 2017; Navío y Villoria, 2014; Scocco et al., 2008). No se encontraron por tanto diferencias significativas en la presencia de estresores de un tipo u otro en función del sexo. Esto contrasta con los hallazgos de otras investigaciones en las que aparece un mayor número de factores precipitantes en hombres, especialmente relacionados con problemas legales, laborales o financieros (Chen y Roberts, 2019) o una mayor relevancia de los problemas familiares en mujeres (Ayuso et al., 2010). Es posible que estas diferencias se deban a descripciones de muestras diferentes, dado que las investigaciones mencionadas hacen alusión a una muestra de personas fallecidas por suicidio consumado (Chen y Roberts, 2019) y una muestra de personas atendidas por conducta suicida (Ayuso et al., 2010), mientras que nuestro estudio incluye personas que presentaban ideación o conducta suicida que no requería un ingreso en Salud Mental, siendo quizás una población atendida en un momento menos grave aunque igualmente en riesgo. También es posible que los cambios sociales que se han venido dando en los últimos años hayan difuminado las diferencias marcadas entre los roles clásicamente asignados a mujeres y a hombres. Así, es posible que el cuidado de las relaciones interpersonales y familiares haya ganado peso en la vida de los hombres y las cuestiones relacionadas con el mundo laboral y legal sean más centrales para las mujeres que en otros momentos históricos o en otras culturas más tradicionales.

Otro de los objetivos específicos que planteamos es estudiar la presencia de la violencia como factor relacionado con la ideación y conducta suicida dada su asociación con el riesgo autolítico según varios trabajos (Cogan et al., 2020; Devries et al., 2011; OMS, 2014; Pompili et al., 2011). Pese a que en la mayoría de los informes no consta la existencia o ausencia de violencia de género o intrafamiliar, un porcentaje elevado de mujeres manifestó ser víctima de violencia de género, por lo que parece ser un factor relevante en el estudio de la conducta e ideación suicida. Respecto a la violencia intrafamiliar el porcentaje fue bastante menor tanto en el caso de hombres como de mujeres. La ausencia de estos datos en los informes de Urgencias podría deberse a la decisión de no transcribir información sensible con intención de preservar la intimidad y seguridad de la persona, pero quizás también se deba a la falta de inclusión de estas variables en la exploración de las personas con alto riesgo suicida. En este sentido, una de las principales recomendaciones que surgen tras este estudio es incluir la detección de situaciones de violencia en la exploración de las personas con ideación o conducta suicida, lo cual permitiría investigar y abordar estas situaciones de una manera más rotunda y efectiva tanto desde los servicios de salud como desde otros sectores implicados.

Así, parece relevante incidir en la formación del personal sanitario para la detección de situaciones de violencia de género e intrafamiliar. Con frecuencia las exploraciones realizadas en los Servicios de Urgencia se centran principalmente en los síntomas de la persona desatendiéndose factores contextuales, sociales e interpersonales que constituyen una parte fundamental de la vida y el bienestar psicológico. La inclusión de estos factores en las entrevistas que se realizan en los servicios sanitarios podría suponer una importante mejora en la atención a esta problemática, ayudando a su detección y abordaje. Por otro lado, una mayor inversión en programas de educación y prevención de la violencia de género e intrafamiliar podría ayudar a minimizar estas situaciones, incrementando la conciencia social de la gravedad del impacto que estas conductas violentas generan. Proporcionar espacios para fomentar alternativas de relación saludables, servicios de mediación y atención a las familias o programas efectivos de protección y apoyo a las víctimas de violencia entre otras medidas, constituyen una forma indirecta de prevención de la conducta e ideación suicida que puede resultar de mucha utilidad.

Finalmente, cabe señalar que el 90% de la muestra fue diagnosticada con algún tipo de trastorno. Esto coincide con los datos reflejados en la literatura que relacionan la presencia de un diagnóstico de salud mental con la aparición de conducta suicida (Ayuso et al., 2010; Goni-Sarriés et al., 2019; Hernández y Villareal, 2015; OMS, 2019b). Al igual que en el estudio realizado por Ayuso y colaboradores (2010) en la Comunidad de Madrid y por Goni-Sarriés (2019) en Navarra, destaca especialmente la frecuencia de trastornos afectivos y adaptativos. Aunque el análisis de los estresores y precipitantes en función del diagnóstico no es uno de los objetivos de este estudio, parece oportuno destacar el papel de los estresores familiares y de pareja independientemente del juicio clínico establecido, así como la importancia de los precipitantes relacionados con la salud en el caso de personas con trastornos depresivos. Estos datos son preliminares e insuficientes,

siendo necesario realizar investigaciones más específicas que profundicen en la relación entre los factores precipitantes y las diferentes configuraciones psicopatológicas.

En conclusión, consideramos que los factores precipitantes relacionados con situaciones vitales son una variable importante a tener en cuenta de cara al estudio y la prevención de la conducta suicida. En este trabajo hemos analizado los estresores y precipitantes relacionados con la conducta e ideación suicida atendiendo a las diferencias en función del motivo de consulta y del sexo.

Entre las limitaciones del trabajo se encuentra la imposibilidad de haber localizado una revisión sistemática que englobe los posibles estresores y precipitantes de la conducta e ideación suicida, por lo que es posible que algún estresor relevante no se haya tenido en cuenta en el presente estudio. En este sentido, sería interesante realizar un metaanálisis o revisión sistemática exhaustiva que incluyese los diferentes tipos de estresores y precipitantes de la conducta e ideación suicida con el fin de reducir sesgos teóricos y profundizar en el conocimiento de estas variables. Respecto a la composición de la muestra, se incluyeron únicamente aquellos pacientes que no se encontraban en seguimiento en Salud Mental en el año previo a la atención en Urgencias. Esto supone un sesgo de selección que excluye aquellos pacientes que sí se encontrasen en seguimiento y cuyas características quizás difieran de las de la población estudiada. Además, al tratarse de un estudio retrospectivo realizado con una muestra real, extraída de la práctica clínica y no seleccionada de antemano, existe una heterogeneidad marcada en cuanto a la proporción de mujeres y hombres, siendo el porcentaje del segundo grupo notablemente menor que el del primero. Aunque se realiza un apareamiento por sexo con el fin de ajustar los análisis, sería relevante estudiar las diferencias en función del sexo partiendo de una muestra mayor, cuidando la selección de los participantes empleando un diseño de grupos apareados por sexo que permita extraer conclusiones más sólidas.

A nivel metodológico, cabe señalar que la evaluación se ha realizado por parte de observadoras externas sin contacto directo con los pacientes, recogiendo la información de forma indirecta por medio de la revisión de informes no orientados ni diseñados para el estudio, por lo que se ha podido perder información relevante que podría estar disponible en caso de haberse realizado la recogida de datos en la entrevista con la paciente *in situ*. Además, la pérdida de información asociada a un estudio retrospectivo no permite conocer si la información no recogida en los informes se debe a la falta de exploración de las variables o a la no transcripción de las mismas. Esto parece especialmente relevante en el caso de la violencia de género e intrafamiliar, cuya ausencia en los informes clínicos sería importante analizar dada la prevalencia de los factores interpersonales como precipitantes de la conducta e ideación suicida.

Asimismo, al tratarse de un estudio descriptivo en el que no se han controlado otras variables que puedan sesgar los resultados o contaminar las diferencias de medias entre los grupos, no es posible establecer relaciones de causalidad ni conocer la influencia de otros posibles factores relevantes. Una investigación que tenga en cuenta esto permitiría una mayor comprensión y profundización en la interrelación de las variables asociadas con la ideación y conducta suicida. Finalmente, el tamaño relativamente pequeño de la muestra ha imposibilitado realizar determinados análisis y hace recomendable que los resultados se tomen con cautela a la espera de contrastarlos con investigaciones posteriores con muestras más amplias.

De cara a futuras investigaciones, sería interesante poder analizar las diferencias en función de la edad o la pertenencia a grupos minoritarios como personas en situación de exclusión, migrantes o LGTBIQ+, así como estudiar más en profundidad el papel de la violencia como precipitante de la ideación y conducta suicida. También sería interesante realizar un análisis de las variables que se incluyen habitualmente en la exploración de la ideación o conducta autolítica con el objetivo de mejorar la detección e intervención en aquellos factores que puedan ser relevantes. Respecto al programa ARSUIC, resultaría de utilidad analizar cuántos de los pacientes derivados a los Centros de Salud Mental desde Urgencias acuden finalmente a la cita y qué factores influyen en que se dé una continuidad asistencial realmente efectiva, con el fin de introducir posibles mejoras que favorezcan la atención a esta población de riesgo. Por último, sería primordial realizar una comparación entre los precipitantes identificados por las personas atendidas antes, durante y después de la pandemia por COVID-19 con el objetivo de conocer los factores precipitantes más relevantes en los momentos de crisis para poder así poner en marcha actuaciones preventivas tanto en el momento actual como en situaciones similares que puedan darse en un futuro.

Referencias

- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Athey, A., Overholser, J., Bagge, C., Dieter, L., Vallender, E. y Stockmeier, C. A. (2018). Risk-taking behaviors and stressors differentially predict suicidal preparation, non-fatal suicide attempts, and suicide deaths. *Psychiatry Research*, 270, 160-167. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.032>
- Ayuso, J. L., Saiz, J., Morant, C., Baca, E., Miret, M. y Nuevo, R. (2010). *Estudio de la conducta suicida en la Comunidad de Madrid*. Consejería de Sanidad. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017024.pdf>
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1425. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Cheek, S. M., Goldston, D. B., Erkanli, A., Massing-Schaffer, M. y Liu, R. T. (2020). Social rejection and suicidal ideation and attempts among adolescents following hospitalization: A prospective study. *Journal of abnormal child psychology*, 48(1), 123-133. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00580-z>
- Chen, T. y Roberts, K. (2019). Negative life events and suicide in the National Violent Death Reporting System. *Archives of suicide research*, 25(2), 1-15. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1677275>
- Choi, N. G., DiNitto, D. M., Marti, C. N. y Conwell, Y. (2019). Physical health problems as a late-life suicide precipitant: Examination of coroner/medical examiner and law enforcement reports. *The Gerontologist*, 59(2), 356-367. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx143>
- Cogan, C. M., Scholl, J. A., Lee, J. Y., Cole, H. E., y Davis, J. L. (2021). Sexual violence and suicide risk in the transgender population: The mediating role of proximal stressors. *Psychology y Sexuality*, 12(1-2), 129-140. <https://doi.org/10.1080/19419899.2020.1729847>
- Crasta, D., Daks, J. S., y Rogge, R. D. (2020). Modeling suicide risk among parents during the COVID-19 pandemic: Psychological inflexibility exacerbates the impact of COVID-19 stressors on interpersonal risk factors for suicide. *Journal of contextual behavioral science*, 18, 117-127. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.003>
- Daniel, S. S., Goldston, D. B., Erkanli, A., Heilbron, N. y Franklin, J. C. (2017). Prospective study of major loss life events and risk for suicidal thoughts and behaviors among adolescents and young adults. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 47(4), 436-449. <https://doi.org/10.1111/sltb.12305>
- Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M., Kiss, L., Schraiber, L. B., Deyessa, N., Heise, L., Durand, J., Mbwapbo, J. y Henrica, J. WHO Multi-Country Study Team. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science y Medicine*, 73(1), 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.006>
- Elbogen, E. B., Lanier, M., Montgomery, A. E., Strickland, S., Wagner, H. R. y Tsai, J. (2020). Financial strain and suicide attempts in a nationally representative sample of US adults. *American Journal of Epidemiology*, 189(11), 1266-1274. <https://doi.org/10.1093/aje/kwaa146>
- Ettman, C. K., Gradus, J. L. y Galea, S. (2020). Invited Commentary: Reckoning with the relationship between stressors and suicide attempts in a time of COVID-19. *American Journal of Epidemiology*, 189(11), 1275-1277. <https://doi.org/10.1093/aje/kwaa147>
- Freeman, A., Mergl, R., Kohls, E., Székely, A., Gusmao, R., Arensman, E., Koburger, N., Hegerl, U. y Rummel-Kluge, C. (2017). A cross national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1398-8>
- Goni-Sarries, A., López-Goni, J. J., y Azcarate-Jiménez, L. (2019). Comparación entre los intentos de suicidio leves, graves y las muertes por suicidio en Navarra. *Clínica y Salud*, 30(2), 109-113. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a9>
- Haw, C. y Hawton, K. (2008). Life problems and deliberate self-harm: Associations with gender, age, suicidal intent and psychiatric and personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 109(1-2), 139-148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.12.224>
- Hawton, K. y Harriss, L. (2006). Deliberate self-harm in people aged 60 years and over: Characteristics and outcome of a 20-year cohort. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(6), 572-581. <https://doi.org/10.1002/gps.1526>

- Hernández, P. A., y Villareal, R. E. (2015). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *Medisan*, 19(8), 1051-1058.
- Husky, M., Swendsen, J., Ionita, A., Jaussent, I., Genty, C. y Courtet, P. (2017). Predictors of daily life suicidal ideation in adults recently discharged after a serious suicide attempt: A pilot study. *Psychiatry Research*, 256, 79-84. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.035>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2018). *Defunciones según la causa de muerte*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>
- Jeon, H. J., Lee, J. Y., Lee, Y. M., Hong, J. P., Won, S. H., Cho, S. J., Kim, J. Y., Chang, S. M., Lee, H. W. y Cho, M. J. (2010). Unplanned versus planned suicide attempters, precipitants, methods, and an association with mental disorders in a Korea-based community sample. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3), 274-280. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.05.027>
- Kawohl, W. y Nordt, C. (2020). COVID-19, unemployment, and suicide. *Lancet Psychiatry*, 7(5), 389-390. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30141-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30141-3)
- Kazan, D., Calear, A. L. y Batterham, P. J. (2016). The impact of intimate partner relationships on suicidal thoughts and behaviours: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 190, 585-598. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.003>
- Liu, R. T. y Miller, I. (2014). Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.006>
- Mackin, D. M., Perlman, G., Davila, J., Kotov, R. y Klein, D. N. (2017). Social support buffers the effect of interpersonal life stress on suicidal ideation and self-injury during adolescence. *Psychological Medicine*, 47(6), 1149-1161. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003275>
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L. y Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189.
- Mann, J. J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals of Internal Medicine*, 136(4), 302-311. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-4-200202190-00010>
- Milner, A., Currier, D., LaMontagne, A. D., Spittal, M. J. y Pirkis, J. (2017). Psychosocial job stressors and thoughts about suicide among males: A cross-sectional study from the first wave of the Ten to Men cohort. *Public Health*, 147, 72-76. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.02.003>
- MINDCOVID Working Group (2021). Thirty-day suicidal thoughts and behaviors among hospital workers during the first wave of the Spain COVID-19 outbreak. *Depression and Anxiety* 38(5), 528-544. <https://doi.org/10.1002/da.23129>
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (2011). *Guía Práctica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. https://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf
- Navío, M. y Villoria, L. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida en A. Ansean (Ed.), *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida* (pp.117-194). Fundación Salud Mental España.
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (Coord). (2018). *Plan estratégico de salud mental 2018-2020*. Servicio Madrileño de Salud. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Preventing Suicide: a Global Imperative*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019a). *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (11ª revisión). <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019b). *Suicidio. Datos y cifras*. WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Pirkis, J., John, A., Shin, S., Del Pozo-Banos, M., Arya, V., Analuisa-Aguilar, P., Appleby, L., Arensman, E., Bantjes, J., Baran, A., Bertolote, J. M., Borges, G., Brecic, P., Caine, E., Castelpietra, G., Chang, S., Colchester, D., Crompton, D. y Spittal, M. J. (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: An interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*, 8(7), 579-588. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2)

- Pompili, M., Innamorati, M., Szanto, K., Di Vittorio, C., Conwell, Y., Lester, D., Tatarelli, R., Girardi, P. y Amore, M. (2011). Life events as precipitants of suicide attempts among first-time suicide attempters, repeaters, and non-attempters. *Psychiatry research*, 186(2-3), 300-305. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.09.003>
- Schrijvers, D. L., Bollen, J. y Sabbe, B. G. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 138(1-2), 19-26. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.050>
- Scocco, P., de Girolamo, G., Vilagut, G. y Alonso, J. (2008). Prevalence of suicide ideation, plans and attempts and related risk factors in Italy: results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders-World Mental Health Study. *Comprehensive Psychiatry*, 49(1), 13-21. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.08.004>

Artículo recibido: 31/05/2022

Artículo aceptado: 11/03/2023